

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Manoel De Souza Pereira, Porto  
Grande-AP**

**Emma Luisa Tasé Guerra**

**Pelotas, 2015**

**Emma Luisa Tasé Guerra**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Manoel De Souza Pereira, Porto Grande-AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Suyane de Souza Lemos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G934m Guerra, Emma Luisa Tasé

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Manoel de Souza Pereira, Porto Grande-AP / Emma Luisa Tasé Guerra; Suyane de Souza Lemos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Lemos, Suyane de Souza,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para Lissette e Linnette, minhas amadas  
filhas, o sol de meu Universo.

## **Agradecimentos**

A minhas orientadoras pelo calor humano, compreensão e disposição a ajudar-me sempre, apesar de ser uma desconhecida. Por me fazer sentir em casa.

## Resumo

TASÉ GUERRA, Emma Luisa. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Manoel D Souza Pereira, Porto Grande-AP.** 2015. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas nesse sentido. Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Manoel de Souza Pereira, Porto Grande-AP, foi o objetivo geral deste trabalho de curso, para isso implantamos o Protocolo de Atenção à Saúde das Pessoas Idosas do Sistema Único de Saúde. A intervenção durou 12 semanas, de fevereiro a abril de 2015 e bons resultados foram alcançados. A cobertura atingiu 94 idosos (78,4 % da população idosa da área de abrangência da Unidade). Os indicadores de qualidade da atenção aos idosos alcançados foram dos 100% expressando que houve melhorias no atendimento, exceto na primeira consulta programática de odontologia que foi 55%. A aplicação deste Protocolo propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a realização da Avaliação Multidimensional Rápida, a classificação do risco de morbimortalidade e rastreamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos idosos. Conseguimos adequar as ações aos protocolos do Ministério de Saúde, com ações de engajamento público, organização e gestão do serviço, de qualificação da prática clínica e de monitoramento e avaliação das ações. Neste sentido, o atendimento foi melhorado com maior acessibilidade, maior envolvimento da equipe e da comunidade. Com a atuação sistematizada a partir do protocolo do Ministério da Saúde, conseguimos qualificar a atenção, priorizando a ampliação do acesso dos idosos, melhorando assim a qualidade de vida das pessoas. As pessoas idosas demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas idosas, melhorando significativamente a atenção aos usuários da UBS. A classificação de risco das pessoas idosas, assim como, a identificação dos sinais de fragilização na velhice e a presença ou não de uma rede social, têm sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos nos agendamentos de acompanhamentos nos serviços da UBS. Podemos perceber relevantes conquistas a partir da análise dos resultados obtidos, com o alcance de boa parte dos objetivos e metas anteriormente traçados proporcionando uma qualificação integral na atenção à saúde aos idosos da área. Seguimos em busca do principal objetivo da intervenção proposta, que é fazer com que o programa ganhe sobrevida ao ser incorporado à rotina da unidade, possibilitando melhorias progressivas a essa importante e crescente parcela populacional.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS	56
Figura 2	Gráfico representativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	61
Figura 3	Gráfico representativo da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	65
Figura 4	Fotografia idosa durante acompanhamento médica	77
Figura 5	Fotografia casal de idosos durante visita domiciliar	77
Figura 6	Fotografia parte de equipe de ESF	78

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos:**

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida
AP	Amapá
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel para as Urgências
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica .....	17
2.1 Justificativa .....	17
2.2 Objetivos e metas .....	18
2.2.1 Objetivo geral .....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	18
2.3 Metodologia .....	20
2.3.1 Detalhamento das ações .....	20
2.3.2 Indicadores .....	41
2.3.3 Logística .....	46
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão .....	65
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências .....	75
Apêndices.....	76
Anexos .....	79

## **Apresentação**

O volume descrito a seguir trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas.

Este trabalho é dividido em cinco partes principais: 1 – Análise Situacional, que representa as primeiras semanas de atuação na UBS Manoel D Souza Pereira, Porto Grande-AP, período em que descrevemos a estrutura física e processo de trabalho, retratando em detalhes a realidade encontrada; 2 – Análise Estratégica, etapa em que, a partir do conhecimento da realidade local proporcionada pela unidade anterior, tivemos o propósito de elaborar um projeto de intervenção na área que julgamos mais necessária; 3 – Relatório da Intervenção, caracterizado pela descrição das doze semanas que corresponderam ao processo de implementação do projeto na unidade; 4 – Avaliação da Intervenção, em que fizemos uma exposição e análise dos resultados, tanto em seus pontos positivos quanto nos que requerem algum tipo de melhoria, inclusive quanto à possibilidade de incorporação ao serviço, além de relatórios específicos para os gestores e para comunidade; 5 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, na qual realizamos uma análise comparativa entre nossas expectativas iniciais e o crescimento obtido com o curso. Finalizando o volume, temos as referências bibliográficas e os anexos utilizados na execução do projeto.

A intervenção teve como foco a saúde do idoso. Dessa forma, traçamos objetivos, metas, indicadores e ações voltadas para o aumento da cobertura, da adesão e para qualificação do atendimento prestado aos idosos (a partir de 60 anos de idade) da área de abrangência da unidade.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Eu trabalho no município Porto Grande, no estado Amapá. Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) fica na Colônia Agrícola de Matapi, em plena floresta amazônica, distância de 10 km da cidade, atendo várias comunidades:

- Comunidade Matapi Linha B (UBS)
- Comunidade Matapi Linha A e H.
- Comunidade Matapi Linha B.
- Comunidade Matapi Linha C e Fazenda.
- Comunidade Matapi Linha G.
- Assentamento Nova Colina.
- Comunidade Campo Verde.
- Comunidade Porto Plantão.
- Comunidade km 127.

Essas comunidades e assentamentos ficam espalhados pela floresta e ocupam uma grande extensão territorial, levando até os limites do município vizinho. É por isso que não fico muito tempo na UBS, pois realizo atendimento em todas essas comunidades.

Até agora, ficou muito difícil fazer medicina familiar, pois uma população tão precisada de atendimento médico tem muitos doentes sem assistir uma consulta médica por anos, por enquanto sempre tem pessoas enfermas descompensadas, tendo dificuldades para fazer consultas de puericultura, controles a pessoas Diabéticas e Hipertensas controladas, consultas preventivas ou de promoção de saúde, etc.

Minha UBS tem consultório médico, consultório de enfermagem um consultório odontológico, farmácia, recepção, triagem, sala para atendimento de

emergências, laboratório de provas epidemiológicas como Leishmaniose e Malária, copa, direção, estacionamento para ambulância, banheiro e sala de curativos.

Minha equipe de trabalho tem odontologista (agora de atestado médico), uma enfermeira (agora de licença maternidade), sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem em função de vacinadora, um motorista e todas as técnicas de enfermagem da UBS.

A Malária é a principal doença transmissível na minha população, e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são as doenças não transmissíveis mais frequentes, além disso, a Leishmaniose, as infecções diarreicas e respiratórias são muito comuns sobre tudo durante o inverno, quando a chuva aparece.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Ao norte do Brasil, no Estado Amapá fica o município Porto Grande, com uma população de 17481 habitantes, o qual caracteriza por ter duas grandes termelétricas na ribeira do rio Araguari, sendo essa a principal base econômica do território, também tem uma empresa minera multinacional na floresta amazônica da área considerada a terceira mineradora do mundo em importância, assim como colônias agrícolas cultivadoras de laranja e outros frutos cítricos.

A população do município acessa os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em três UBS que uma delas fica em um bairro da cidade e outros dois nas comunidades periféricas. No município não existem disponibilidades de equipe de Núcleo de Atenção Saúde Família (NASF) nem Centro Especializado Odontologista (CEO) com cobertura da população.

Com frequência semanal, se oferece atenção especializada de Pediatria, Nutrição e Fisiatria, as pessoas precisam marcar os atendimentos prévios encaminhamento das UBS e são atendidas em dois horários nesse dia.

O único Hospital deste município dispõe de 34 leitos para pessoas doentes, o atendimento é feito pelo SUS, tendo prioridade os doentes encaminhados e referenciados pelas equipes de saúde da família, mesmo assim a demanda espontânea também resulta atendida.

O hospital conta com três ambulâncias para o transporte de pessoas até a capital estadual quando são referenciadas. Existe serviço de Pronto Socorro às 24

horas do dia, todos os dias da semana, mas não há Serviço de Atendimento Móvel para as Urgências (SAMU) no município.

Anexo ao Hospital encontra-se o Laboratório de Análises Clínicas local, onde toda a população tem possibilidade de fazer os exames mais frequentes, tais como hemograma completo, exame parasitológico direto de fezes, exame de sedimento urinário, exames de colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, creatinina, bilirrubinas, transaminases, hormônios de tiroides, teste rápido para sífilis, AIDS e tipagem sanguínea.

As pessoas devem marcar no período da manhã para conseguir vaga e poder acessar este serviço. Não existe no município equipe de Raios-X, nem eletrocardiógrafo, não realiza exame preventivo para câncer de colo de útero, nem mamografia.

Minha UBS chama-se Manoel De Souza Pereira, é rural a 10 km da cidade Porto Grande, tendo uma área de abrangência que inclui várias comunidades. Não temos vínculo com as instituições de ensino e temos um modelo da atenção ESF, com só uma equipe de trabalho da saúde da família formado por uma enfermeira que coordena a equipe, uma médica do Programa Mais Médico Brasil, um odontólogo, uma técnica de enfermagem com função de vacinadora e sete ACS.

É uma unidade reconstruída não mais de 10 meses, na comunidade Matapi, que atende uma população rural muito pobre, com baixo nível educacional e cultural, com poucos recursos, sua atividade econômica principal vai desde a caça, a pesca, mas principalmente trabalho agrícola no meio rural, pois constitui uma das colônias agrícolas maiores e mais produtivas do estado.

A UBS tem estrutura física adequada às reguladas pelo Ministério da Saúde enquanto as condições estruturais, mas tem muitas deficiências ainda no mobiliário. Não há corrimãos para ajudar no deslocamento seguro das pessoas idosas ou com deficiências motoras, nem conta com uma cadeira de rodas adequada para o mesmo fim.

Há empoderamento destas deficiências e dificuldades pelos líderes das comunidades, assim como, a vontade política de nossos gestores, são fatores a trabalhar para solucionar esses problemas.

Minha equipe de estratégia de saúde da família (ESF) participa do processo de territorialização e mapeamento à área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Realizamos o cuidado da saúde da população adstrita, em todas as faixas etárias, conforme a necessidade da população local, buscando a integralidade da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, participa das atividades de educação permanente e promove a mobilização e a participação da comunidade, para efetivar o controle social.

Eu considero que temos dificuldade em manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação, influenciando nesse problema, a não existência de computador para estes fins na UBS, a falta dum protocolo ou manual técnico adotado pela UBS e ser uma área tão extensa e de difícil transporte.

A população da área adstrita na UBS é estimada em 1817 habitantes (segundo dados do SIAB, 2013), dado que se adéqua às regulações para o trabalho da equipe de trabalho de saúde da família, mas, nossos habitantes moram numa área geográfica muito extensa e isolada, com graves dificuldades objetivas de deslocamento. Essa população fica distribuída em várias comunidades, algumas muito distantes, pelo que são necessidades sentidas da população os problemas de transporte para chegar aos serviços de saúde mais próximos.

A atenção à demanda espontânea é feita todos os dias da semana em dois horários, pelos técnicos de enfermagem da unidade e ESF, este tipo de demanda varia segundo a população, a época do ano, a disponibilidade de recursos, a acessibilidade aos serviços e a presença de epidemias e outros agravos da saúde.

Na unidade existe um local destinado para o acolhimento dos usuários, que não é muito confortável, pois quase não temos móveis, mas a equipe realiza acolhimento correto.

Em meu serviço são realizadas algumas das ações de atenção à saúde da criança, como são a consulta de crescimento e desenvolvimento, imunizações, atenção à saúde bucal e vigilância epidemiológica, mas não estão estruturadas de forma programática, não se adota um protocolo ou manual técnico, não temos um registro específico nem se realiza monitoramento regular destas ações.

Temos uma cobertura de 18 (47,3%) segundo população estimada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) não faz parte da cultura de nossas comunidades terem em dia as consultas de puericultura, pelas muitas dificuldades de deslocamento já mencionadas anteriormente, por enquanto este aspecto resulta uma fragilidade em nosso trabalho, que devemos resolver. Enquanto aos

indicadores de qualidade temos 12 (66,6%) de consultas de puericultura em dia, 12 (100%) da vacinação em dia, realiza-se monitoramento do crescimento e desenvolvimento em 12 (100%) das consultas, tendo dificuldades na realização do teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva e primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias só três (16,6%) e avaliação da saúde bucal cinco (41,6%).

Trabalhar com os pais é fundamental, ensinar-lhes que não só devem trazer as crianças a vacinar e quando elas ficaram doentes, conscientizar-lhes a importância das avaliações do crescimento e desenvolvimento das crianças para atingirem a idade adulta sadia.

Nossa UBS realiza atendimento pré-natal a 15 gestantes (55,5% da cobertura segundo população estimada pelo CAP), mas também não temos protocolos para regular o atendimento nem a acesso das gestantes a outros níveis do sistema da saúde no caso de grávidas de alto risco, também não existe monitoramento regular destas ações, sendo assim, os indicadores de qualidade mostram nove (60%) pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 13 (86,6%) de gestantes com consultas em dia, 15 (100%) de gestantes com exames solicitados na primeira consulta, com vacina antitetânica e vacina contra hepatite B, só nove (60%) têm feito exame ginecológico por trimestre e avaliação da saúde bucal, 13 (86,6%) receberam orientações sobre aleitamento materno.

Não contamos com um registro específico em todas as comunidades pelo qual nossos ACS e a ESF, devem considerar a importância de estabelecer o arquivo específico para os registros dos atendimentos das gestantes, assim como, a importância de atualizar o cadastramento das grávidas no sistema de informação de saúde das mulheres grávidas (SISPRENATAL).

Também devemos aumentar a realização de atividades de educação em saúde neste grupo populacional tão importante na qualidade da atenção primária de saúde (APS), apesar de que fazemos ações coletivas, mas acho não são suficientes.

O atendimento é feito nas gestantes de baixo risco segundo programação de consultas por semanas de gestação, sendo encaminhadas ao hospital ao termo de seu período gestacional.

Quando conversamos sobre a prevenção do câncer de colo de útero e o controle do câncer de mama em nossa população feminina, resulta chamativo que as mulheres têm conhecimentos sobre a importância destes programas, pelo qual,

não põem reparos ao gasto econômico que precisam fazer para cumprir os mesmos, já que nosso município não oferece esses serviços na rede pública.

Minha ESF encaminha as mulheres e avalia os resultados, mas não faz o proceder técnico, não tem registro dos resultados, nem existe monitoramento regular destas ações. Não fazemos outros atendimentos destas mulheres e apesar de que fazemos ações coletivas de educação em saúde, devemos trabalhar neste sentido, considerando a alta mortalidade que representam estes dois tipos de cânceres nas mulheres do Brasil e do mundo.

Apesar destes inconvenientes, temos 253 (80,3%) de exame citopatológico para câncer de colo de útero feito nas mulheres entre 25 e 64 anos em nossa área de abrangência e 25 (58,1%) de mamografias em dia nas mulheres entre 50 e 69 anos de idade.

Há apenas poucos meses começou a ser feito em minha UBS o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos no registro HIPERDIA, pode ser essa a causa de tão baixa cobertura deles em nossa área de abrangência ao princípio deste trabalho, mas já temos uma cobertura de 163 pacientes hipertensos (51% do número estimado) e 48 pacientes diabéticos (53% do número estimado) sendo essa uma das consequências positivas desta especialização em saúde da família.

Porém, ainda as ações de atenção aos hipertensos e diabéticos não estão estruturadas de forma programática, não temos adotado um protocolo ou manual técnico, nem se realiza monitoramento regular destas ações. Mesmo assim, oferecemos atendimento, orientações que estimulam as mudanças de hábitos e estilos de vida não saudáveis, para diminuir as complicações destas doenças, a morbimortalidade, e o controle dos fatores de risco associados.

Os indicadores de qualidade mostram 85 (52,1%) de hipertensos com atraso na consulta agendada em mais de sete dias, o 25 (1,5%) têm feita estratificação para risco cardiovascular, só 84 (51,5%) deles têm exames complementares periódicos em dia, recebem orientações sobre prática de atividade física regular e sobre nutrição para alimentação saudável e só 50 (30,6%) têm avaliação de saúde bucal em dia.

Enquanto aos diabéticos, um 29 (60,4%) deles têm atraso da consulta agendada em mais de sete dias, nenhum deles têm realização de estratificação de risco cardiovascular, só 19 (39,5%) mostram exames complementares periódicos em



dia, exame físico dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos nesse tempo com medida da sensibilidade dos pés, só nove (18,7%) receberam orientações sobre prática regular de atividade física e orientação nutricional para alimentação saudável, sendo avaliada a saúde bucal 18 (3,7%) deles.

Da mesma forma, no atendimento dos idosos em minha UBS, as ações de atenção da saúde não estão estruturadas de forma programática, não existe protocolo ou manual técnico, nem temos um sistema de registro específico e não se realiza monitoramento destas ações, por enquanto só acompanhamos 41% dos idosos conhecidos (49 pessoas idosas). Em relação aos indicadores de qualidade, idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa são 49 (82%), com AMR são nove (15%) apenas, com HAS são 21 (35%), com DM são 10 (17%), com avaliação de risco para morbimortalidade são 21 (35%), com investigação de indicadores de fragilização na velhice são 17 (28%), com orientação nutricional são 17 (28%), com orientação para atividade física regular são 17 (28%) e com avaliação de saúde bucal são 19 (32%).

As ações realizadas são feitas pela equipe tanto na UBS como no domicílio dos idosos, o acolhimento dos mesmos é adequado, não temos excesso de demanda, mas sempre têm prioridade os idosos em qualquer serviço da UBS, onde são feitas ações tais como imunização, atendimento para controle das doenças crônicas não transmissíveis, atendimento das afecções agudas, ações coletivas de educação em saúde.

Devemos aumentar as atividades de educação em saúde, melhorar a qualidade dos registros, assim como o planejamento e monitoramento das ações.

As ações de saúde bucal em minha UBS sofreram quando ficaram alguns meses sem a presença do odontólogo por problemas de saúde, esse é o motivo pelo qual mostra menor quantidade de ações no controle dos pacientes com hipertensão, diabetes, mulheres, idosos e outros grupos populacionais, ainda assim, trabalhamos para aumentar sua cobertura e a qualidade de vida das pessoas que moram em nossa área de abrangência, já que o atendimento odontológico constitui uma necessidade sentida da população.

Eu considero o maior desafio para o trabalho de minha ESF começar do zero as ações para obtermos a saúde das famílias, fazer um adequado planejamento das ações programáticas resulta fundamental.

Nosso melhor recurso é a qualidade humana dos membros de minha equipe de ESF, seu comprometimento com a saúde da população. Segundo passaram as semanas desta especialização, com cada tarefa, com cada questionário, surpreendi-me o grau de união de minha equipe, sua preocupação que as ações que não estão bem e precisam ser repensados, seus esforços por melhorar o trabalho, sua responsabilidade e o profissionalismo de cada um deles.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparar este relatório com minha primeira tarefa sobre a situação da ESF na minha UBS fez dar-me conta quantos conhecimentos sobre a realidade do trabalho de APS em minha UBS tenho obtido nestas semanas.

Os desafios observados já foram discutidos com minha equipe e demais membros da unidade, tanto nas reuniões quanto no preenchimento dos questionários e coleta de dados, promovendo importantes reflexões a partir das necessidades de melhoria que foram sendo evidenciadas, mas que ainda não se traduziram em mudanças mais concretas. Acredito que a elaboração e realização do projeto de intervenção serão fortes aliados para modificação dessa realidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas nesse sentido. Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida (BRASIL, 2010).

A UBS em estudo fica na zona rural, em plena floresta amazônica. Cobre uma extensa área territorial com uma população estimada de 1817 pessoas. Na área de abrangência da equipe de ESF possui várias comunidades e sete ACS. A equipe está formada por uma enfermeira coordenadora do ESF, uma técnica de enfermagem em função de vacinadora, um odontólogo e uma médica do Programa Mais Médico para Brasil.

Segundo a população adstrita são identificados 120 idosos cadastrados, que é um dado fornecido pelos ACS das áreas adstritas na UBS, pois esse é o número dos idosos cadastrados na área de abrangência. Porém, só temos 41% desse número que são acompanhados. Esta situação ocorre por ser uma área tão extensa e com poucos recursos para seu deslocamento e a falta dum protocolo ou manual técnico adotado pela UBS. As ações são desenvolvidas visando à promoção e prevenção da saúde, vacinação, educação em saúde, orientações para mudar hábitos de vida, alimentação saudável, etc. Porém, observa-se que a baixa cobertura do acompanhamento deve ser priorizada pela equipe.

A escolha do foco da intervenção em saúde do idoso permitirá adequar as ações aos protocolos do Ministério de Saúde, com ações de engajamento público,

organização e gestão do serviço, de qualificação da prática clínica e de monitoramento e avaliação das ações. Neste sentido, o atendimento será melhorado com maior acessibilidade, maior envolvimento da equipe e da comunidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Manoel de Souza Pereira, Porto Grande-AP.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Relativo ao objetivo um Aumentar a cobertura de atenção à saúde dos idosos da área adstrita na Unidade Básica de Saúde (UBS) será estabelecida a seguinte meta:

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Relativo ao objetivo dois Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos cadastrados na UBS serão estabelecidas as seguintes metas:

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério de Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico adequado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Relativo ao objetivo três Melhorar adesão dos idosos à atenção da saúde na UBS será estabelecida a seguinte meta:

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativo ao objetivo quatro Melhorar os registros dos idosos cadastrados na UBS serão estabelecidas as seguintes metas:

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Relativo ao objetivo cinco Realizar avaliação de risco em todos os idosos da área de abrangência da unidade, serão estabelecidas as seguintes metas:

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Relativo ao objetivo seis: Realizar ações de promoção da saúde nos idosos da UBS serão estabelecidas as seguintes metas:

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Esse projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Manoel De Souza Pereira, no Município de Porto Grande do Estado Amapá. Participarão da intervenção 120 pessoas com 60 anos e mais, de ambos sexos, moradores da área de abrangência da UBS.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Manoel de Souza Pereira, no Município de Porto Grande estado Amapá. Participarão da intervenção as pessoas de 60 anos e mais, de ambos os sexos, moradores da área de abrangência da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo um: Ampliar a cobertura dos idosos da área de abrangência a 60%.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde mensalmente.

Detalhamento: O médico e a enfermeira verificarão cada mês o número de idosos cadastrados na unidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem farão o acolhimento dos idosos na unidade e realizarão o agendamento dos atendimentos clínicos.

Ação: Cadastrar os idosos da área de cobertura da UBS.

Detalhamento: Os ACS farão o cadastramento dos idosos nas visitas domiciliares e UBS através do uso da ficha espelho fornecida pelo curso de Especialização.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: a enfermeira da UBS será a responsável pela atualização das informações do SIAB.

Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.

Detalhamento: A equipe pactuará encontros com líderes comunitários, idosos, famílias e comunidade em geral, para divulgar como está organizado o atendimento da ação programática de idoso e os benefícios do acompanhamento e seguimento dos idosos na UBS.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da UBS.

Detalhamento: A equipe fará divulgação semanal da existência do programa de atenção ao idoso nos espaços comunitários, tais como escolas, igrejas e UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento dos idosos.

Detalhamento: Serão realizadas atividades de educação permanente para as técnicas de enfermagem visando à abordagem qualificada da equipe. Também serão estabelecidas nestes encontros as atribuições de cada membro na equipe no cumprimento das ações. Esta atividade será realizada duas horas por semana.

Ação: Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: Os ACS participarão de atividades semanais para capacitar-se na busca dos idosos sem acompanhamento da saúde. A capacitação será realizada pela enfermeira e pela médica.

Ação: Capacitação da equipe de trabalho da UBS para a Política Nacional de Humanização e Política Nacional da Pessoa Idosa.

Detalhamento: a equipe da UBS disporá de horário na semana para capacitar-se para a Política Nacional de Humanização e Política Nacional da Pessoa Idosa, nos encontros será utilizado metodologia de roda de conversa, valorizando o aporte teórico e a realidade vivencial da equipe.

Objetivo dois: Melhorar a qualidade do acompanhamento dos 100% dos idosos cadastrados na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão a Avaliação Multidimensional Rápida nos idosos cadastrados na UBS através de atendimentos agendados. Serão identificados os idosos através da conferência da listagem do cadastro e dos dados oferecidos pelo prontuário do idoso, caderneta de saúde do idoso e ficha espelho.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos cadastrados.

Detalhamento: a enfermeira gerente da ESF conciliará com o gestor municipal a disponibilidade de recursos materiais e humanos para a realização da avaliação dos idosos na unidade.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da ESF na AMR dos idosos.

Detalhamento: na primeira reunião da equipe de trabalho na primeira semana da intervenção se definiram as atribuições de cada profissional da equipe na realização da Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Também será realizada a capacitação sobre o que é a avaliação e suas etapas.

#### Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: a equipe da UBS divulgará em reuniões da comunidade e em atividade de sala de espera sobre a importância da Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e o tratamento oportuno das limitações e seus benefícios para o envelhecimento saudável da população.

Ação: Compartilhar com os idosos as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.



Detalhamento: Os profissionais que realizarão a Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos compartilharão com eles as condutas esperadas em cada consulta, atendimento e reunião para que melhore seu controle social.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo do SUS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão capacitados na realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos segundo as normas técnicas do protocolo do SUS.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, assim como para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção cada membro da equipe estudará o protocolo do Idoso fornecido pelo Ministério de Saúde sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Em seguida, cada membro socializará suas aprendizagens com os colegas. Haverá momento para discussão coletiva dos temas ao mesmo tempo em que apoderar-se-ão das suas atribuições e discutir-se-ão com o resto da equipe.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira avaliarão os prontuários médicos e fichas espelho diariamente, procurando a realização do exame clínico apropriado dos idosos.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da ESF no exame clínico dos idosos hipertensos e/ou diabéticos e garantir busca de idosos que não realizarem exame clínico apropriado.

Detalhamento: capacitar a equipe para exame clínico dos idosos e serão definidos as atribuições de cada um dos membros da ESF na realização do exame clínico apropriado dos idosos, sejam hipertensos e/ou diabéticos ou não.

Ação: Organizar agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A enfermeira que gerencia a equipe irá programar o agendamento do acolhimento dos idosos hipertensos e/ou diabéticos proveniente das buscas domiciliares.

Ação: Garantir a referência e contra referência de idosos com alterações neurológicas ou circulatórias.

Detalhamento: o médico e enfermeira devem identificar os critérios clínicos que norma a referência dos idosos e a contra referência dos mesmos, quando têm alterações neurológicas ou circulatórias e precisam avaliação em outros níveis de saúde.

#### Engajamento público

Ação: Orientar nos atendimentos e nas atividades coletivas como grupos, encontros e salas de espera os idosos e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: a equipe realizará encontros com os familiares dos idosos e comunidade para sensibilizar as pessoas com a importância da realização do exame clínico adequado periodicamente em todos os idosos da área da UBS, esta ação se realizará tanto no domicílio do idoso como nos espaços da própria UBS.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Cada membro da equipe estudará o protocolo do SUS para atenção dos idosos e discutirá os aspectos relacionados com a realização do exame clínico correto dos idosos.

Ação: Capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Cada membro da equipe, nas primeiras semanas da intervenção, estudará o protocolo do Ministério de Saúde e discutirá com a equipe os aspectos do registro específico das ações desenvolvidas. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservado horário ao final do expediente nas quintas feiras.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, a cada semana, avaliarão os prontuários médicos e fichas espelho dos idosos cadastrados na unidade, procurando o cumprimento da realização dos exames laboratoriais periodicamente.

#### Organização e gestão

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: o profissional solicitará os exames laboratoriais pertinentes e periodicamente dos idosos hipertensos e/ou diabéticos avaliados em consulta.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização destes exames.

Detalhamento: a enfermeira e a Diretora da UBS solicitarão ao gestor municipal a viabilidade para a realização dos exames complementares preconizados.

Ação: Estabelecer um sistema de alerta para a não realização dos exames complementares.

Detalhamento: os exames serão agendados pela recepção da unidade. Estes profissionais farão o controle da realização dos mesmos, fornecendo à equipe a listagem atualização dos faltosos. Também, o médico e enfermeira identificarão a não realização dos exames nos atendimentos. Após será avaliado o motivo da não realização. No caso dos faltosos será acionado o ACS para realizar a busca dos mesmos e agendamento de novas consultas ou visita domiciliar. Se houver carência da oferta dos exames, será contatado o gestor municipal.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: a equipe realizará atividades de educação em saúde na unidade e outros espaços da comunidade para orientar quanto à necessidade de realização de exames complementares em dia.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: a equipe realizará encontros com os idosos e familiares, assim como comunidade em geral para divulgar a importância da realização dos exames complementares periodicamente nas pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes e outras condições clínicas que se justificam.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: os membros da equipe realizarão capacitação para o programa da atenção ao idoso durante toda a intervenção, visando à superação de dúvidas e discussão da temática na realidade.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermeira e as técnicas de enfermagem irão acompanhar e monitorar o acesso dos idosos aos medicamentos da Farmácia Popular com registro semanal.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade.

Detalhamento: a diretora da UBS controlará a disponibilidade dos medicamentos de hipertensão e diabetes aos idosos com estas patologias, atentando-se ao acompanhamento correto dos idosos cadastrados na unidade.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e a comunidade quanto aos direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A equipe realizará encontros com idosos e familiares, assim como comunidade em geral para divulgar a existência da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS e as disponibilidades dos medicamentos para os idosos com hipertensão e/ou diabetes.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização dos profissionais da UBS no tratamento da HAS e DM.

Detalhamento: Cada membro da equipe estudará o protocolo do SUS sobre o envelhecimento e saúde dos idosos e as características da HAS e DM na idade geriátrica.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: cada membro da equipe estudará o protocolo do Ministério de Saúde sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa, o tratamento da HAS, DM. Serão conhecidos os medicamentos utilizados pelos idosos na UBS, monitorando a disponibilidade desses medicamentos e assim, oferecer melhor informação sobre medicamentos aos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: os ACS realizarão uma listagem dos idosos acamados pertencentes à UBS que será discutida pela equipe. Após será realizada uma listagem única com nome, endereço e área do ACS. Assim serão organizados atendimentos domiciliares com agendamentos semanais. Durante o atendimento, o médico e a enfermeira da UBS farão o cadastro dos idosos acamados e se responsabilizarão em atualizar a listagem a cada semana com o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS.

Detalhamento: toda a equipe seguirá a organização dos registros periódicos dos idosos acamados ou com problemas de locomoção em todos os instrumentos como ficha espelho, caderneta dos idosos, prontuário. Os ACS atualizarão a listagem por micro área e sempre serão discutidos estes dados na reunião de equipe. Assim, serão registrados a cada semana os idosos acamados ou com problemas de locomoção identificados, atendidos e os que precisam de priorização.

#### Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde e a priorização dos acamados e dos idosos com problemas de locomoção.

Detalhamento: a equipe fará divulgação da existência do programa de atenção ao idoso nos espaços comunitários, tais como escolas, igrejas e UBS.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe sobre a intervenção propostas aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. A partir de então toda a equipe utilizará desses conhecimentos para acompanhar adequadamente os idosos.

Detalhamento: nas primeiras semanas da intervenção cada membro da equipe estudará o protocolo do SUS para o envelhecimento e saúde da pessoa idosa e as atividades próprias de cada ação programática.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Todos os membros da equipe realizarão a visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção de acordo com a identificação das necessidades, assim direcionando ao profissional mais adequado.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: a recepção fará o agendamento de a visita domiciliar da equipe aos idosos acamados ou com problemas de locomoção a cada semana, de acordo com a listagem discutida anteriormente na reunião de equipe.

#### Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade das visitas aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: a equipe fará divulgação da existência do programa de atenção ao idoso nos espaços comunitários, tais como escolas, igrejas e UBS.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS e toda equipe para a identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o reconhecimento dos casos que necessitarão visita.

Detalhamento: A equipe, especialmente os ACS, será capacitada quanto à identificação de vulnerabilidades e riscos à saúde aos idosos e serão estabelecidos os critérios de agendamento de atendimento prioritário aos idosos acamados e com limitações.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS anualmente.

Detalhamento: nos atendimentos será realizada a avaliação de Risco Cardiovascular e demais atendimentos necessários visando à identificação de hipertensão e diabetes, o médico e a enfermeira verificarão nos prontuários clínicos e fichas espelho dos idosos a realização do rastreamento para HAS uma vez ao ano.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos com HAS.

Detalhamento: as técnicas de enfermagem e resto dos membros da equipe realizarão acolhimento e verificação dos sinais vitais apropriado dos idosos na UBS, diariamente, em todos os horários.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial.

Detalhamento: a diretora da UBS controlará a disponibilidade e qualidade dos esfigmomanômetros e estetoscópio da unidade, avaliando estes recursos com o gestor municipal mensalmente.

#### Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos.

Detalhamento: a ESF fará divulgação da importância da medida da pressão arterial após os 60 anos nos espaços da comunidade, na unidade e nas visitas domiciliares.

Ação: Orientar a comunidade sobre quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS.

Detalhamento: a ESF da UBS se reunirá com os idosos, suas famílias e comunidade para divulgar a importância da medida da pressão arterial dos idosos e os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS que podem ser controlados.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

Detalhamento: A equipe se capacitará para adequada técnica da medida da pressão arterial durante as reuniões de equipe.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg submetidos a rastreamento para DM anualmente.

Detalhamento: O médico e a enfermeira avaliarão semanalmente a quantidade de idosos com pressão arterial sustentada maior de 135/80mmHg nos quais foi feito rastreamento para DM na UBS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: as técnicas de enfermagem e demais dos membros da equipe realizarão acolhimento apropriado dos idosos na UBS, diariamente, em todos os horários.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: a diretora da UBS garantirá a disponibilidade de equipe de hemoglicoteste através da aquisição dos quantitativos necessários solicitando ao gestor municipal.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial maior que 135/80mmHg ou para aqueles com HAS.

Detalhamento: a equipe divulgará a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg nos espaços da comunidade e na UBS.



Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da DM.

Detalhamento: a equipe realizará reuniões nos espaços comunitários para orientar a comunidade, famílias e indivíduos da importância do rastreamento de DM na velhice e os fatores de risco para desenvolver DM nos idosos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a ESF da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou aqueles que são portadores de HAS.

Detalhamento: As atividades de capacitação e educação permanente seguirão durante toda a intervenção. Todas as técnicas para a realização dos procedimentos serão revisadas e as dúvidas serão elucidadas.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos e realizar-lhes a primeira consulta odontológica.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos idosos e seu acompanhamento odontológico.

Detalhamento: A odontóloga verificará o número de idosos com avaliação das necessidades de tratamento odontológico e a realização da primeira consulta odontológica na UBS, cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento dos idosos no serviço odontológico.

Detalhamento: a odontóloga organizará o acolhimento dos idosos na consulta todos os dias da semana.

Ação: Cadastrar e oferecer atendimento odontológico prioritário aos idosos na UBS.

Detalhamento: a odontóloga da ESF realizará cadastramento dos idosos após estabelecido o atendimento prioritário sem afetar outras prioridades do sistema todos os dias da semana.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: a odontóloga da UBS organizará agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos cada semana.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de avaliação bucal dos idosos.

Detalhamento: a equipe realizará ações de educação em saúde bucal na UBS e nos espaços da comunidade para informar sobre a importância da avaliação bucal dos idosos.

Ação: Informar a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário dos idosos e necessidade da realização de exames bucais na UBS.

Detalhamento: a odontóloga e os demais integrantes da equipe realizarão reuniões nos espaços comunitários para orientar a comunidade, famílias e indivíduos da importância das ações de saúde bucal na velhice, a existência do programa na UBS e seus benefícios para os idosos.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação dos idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: a odontóloga da equipe realizará ouvidoria da população sobre estratégias para captação dos idosos para acompanhamento odontológico.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar ESF para realizar avaliação da necessidade de tratamento, acolhimento, cadastramento, identificação e encaminhamento de idoso para o serviço odontológico.

Detalhamento: a equipe se capacitará para a realização das ações programáticas referentes à saúde bucal do idoso, tais como necessidade de tratamento, acolhimento, cadastramento, identificação e encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização da primeira consulta odontológica dos idosos cadastrados na UBS.

Detalhamento: cada semana o médico conciliará com a odontóloga as primeiras consultas odontológicas feitas aos idosos cadastrados na UBS.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a realização da primeira consulta odontológica dos idosos cadastrados na UBS.

Detalhamento: a odontóloga da equipe organizará a realização da primeira consulta odontológica aos idosos cadastrados na unidade cada semana, sem afetar as outras consultas aos grupos prioritários.

Engajamento público:

Ação: Divulgar a importância da realização da primeira consulta odontológica aos idosos cadastrados na UBS.

Detalhamento: a equipe divulgará a importância da realização da primeira consulta odontológica dos idosos na UBS, nas visitas domiciliares, nos espaços da comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar odontóloga na realização da primeira consulta.

Detalhamento: a odontóloga da equipe se capacitará na realização da primeira consulta odontológica aos idosos.

Objetivo três: Melhorar adesão dos 100% de idosos cadastrados na UBS.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento dos idosos na UBS.

Detalhamento: o médico e enfermeira verificarão cada semana, nos prontuários médicos e fichas espelhos, a assistência dos idosos às consultas programadas, identificando os faltosos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os idosos faltosos.

Detalhamento: os ACS realizarão a busca dos idosos faltosos às consultas programadas, um dia por semana.

Ação: Organizar agenda para acolher os idosos provenientes das visitas domiciliares.

Detalhamento: a enfermeira organizará agenda de atendimento dos idosos faltosos visitados pelos ACS.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas dos idosos com a periodicidade preconizada pelo protocolo.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

Detalhamento: A equipe realizará reuniões nos espaços comunitários para orientar a comunidade, famílias e indivíduos da importância do cumprimento da periodicidade das consultas dos idosos segundo protocolo do SUS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Definir com a ESF a periodicidade das consultas

Ação: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A equipe estudará a necessidade de consultas e a necessidade de organização deste agendamento.

Objetivo quatro: Melhorar o registro dos 100% de idosos cadastrados na UBS.

Meta 4.1: Manter o registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento: a enfermeira da UBS verificará cada semana a atualização do registro dos idosos acompanhados na unidade.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: a enfermeira cada mês realizará atualização dos registros do SIAB na secretaria de saúde do município.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: o médico e enfermeira definirão a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento dos idosos na UBS, nas primeiras semanas da intervenção.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: na primeira semana da intervenção se realizará a definição dos responsáveis dos registros e seu monitoramento. Ressalta-se que todos os membros da equipe são responsáveis pelos registros dos atendimentos.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, exame laboratorial, AMR e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: as técnicas de enfermagem sinalizarão nos prontuários e fichas espelho dos idosos quando exista atraso no cumprimento das ações programáticas e sua periodicidade.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: a equipe realizará reuniões nos espaços comunitários para orientar a comunidade, famílias e indivíduos sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde dos idosos.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos idosos.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção se realizará a capacitação da ESF para todas as ações programáticas, na própria UBS.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados na UBS.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: o médico e a enfermeira verificarão o preenchimento dos registros da caderneta de saúde da pessoa idosa em cada consulta.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: a enfermeira e a diretora da UBS solicitarão ao gestor municipal a disponibilidade das cadernetas de saúde da pessoa idosa cada mês.

#### Engajamento público

Ação: Orientar aos idosos e comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: a equipe orientará aos idosos e suas famílias sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, em cada consulta, nas reuniões comunitárias e visitas domiciliares.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: nas primeiras semanas da intervenção se realizará a capacitação da ESF para todas as ações programáticas, na própria UBS.

Objetivo cinco: Realizar avaliação de risco nos 100% dos idosos cadastrados na UBS.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: O médico e enfermeira verificarão a identificação feita pelos membros da equipe dos idosos com maior risco de morbimortalidade, semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

As técnicas de enfermagem priorizarão agendamento do atendimento dos idosos com maior risco de morbimortalidade nos serviços da UBS, cada dia.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Os membros da equipe orientarão os idosos durante seu acompanhamento na UBS sobre seu nível de risco de morbimortalidade, a frequência dos controles de seguimento e a importância do cumprimento destas atividades.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção se realizará a capacitação da ESF para todas as ações programáticas, na própria UBS.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O médico e a enfermeira verificarão semanalmente o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice dos pacientes cadastrados na UBS, cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem agendarão atendimento prioritário aos idosos fragilizados na velhice, cada dia da semana, nos diferentes serviços da UBS.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos fragilizados e comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: A equipe orientará aos idosos e suas famílias sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos idosos fragilizados na velhice.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar ESF para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: A equipe realizará a capacitação da ESF para todas as ações programáticas, na própria UBS.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização da avaliação da rede social nos idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento: O médico e enfermeira verificarão cada semana o número de idosos cadastrados na UBS, com avaliação da rede social.

Ação: Monitorar os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: o médico e a enfermeira verificarão cada semana o acompanhamento na UBS dos idosos cada com rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem facilitarão o agendamento do acompanhamento dos idosos com rede social deficiente na UBS.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS.

Detalhamento: a equipe fará divulgação do protocolo do SUS implantado na UBS e as facilidades do acesso o atendimento prioritário na mesma.

Ação: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa.

Detalhamento: Todos os membros da ESF orientarão a comunidade e famílias sobre a existência deste programa na UBS e a importância da socialização dos idosos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção se realizará a capacitação da ESF para todas as ações programáticas, na própria UBS.

Objetivo seis: Melhorar a promoção de saúde em 100% dos idosos cadastrados na UBS.

Meta 6.1: Garantir a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para os idosos.

Detalhamento: a ESF realizará atividades de educação em saúde relativas orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição.

Detalhamento: O médico e enfermeira verificarão nos prontuários médicos e fichas espelho o número de idosos com obesidade/desnutrição e as orientações nutricionais oferecidas, a cada semana.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel dos membros da ESF na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Durante o acompanhamento dos idosos, será feita orientação nutricional nos diferentes serviços da UBS, todos os dias.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.



Detalhamento: Os membros da equipe divulgarão na comunidade e durante as visitas domiciliares dos idosos os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis na velhice.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: a equipe se capacitará para realizar atividades de educação em saúde para a promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Ação: Capacitar a equipe para orientação nutricional específica para os idosos com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção se realizará a capacitação da ESF para todas as ações programáticas, na própria UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular nos idosos e quantos deles realiza atividade física.

Detalhamento: o médico e a enfermeira verificarão o número de idosos com orientação da realização de atividade física regular nos prontuários e fichas espelho e quantos deles realizam atividade física, a cada semana.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel dos membros da ESF na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento: Cada membro da equipe durante o acompanhamento dos idosos deverá orientar aos mesmos na realização de atividade física regular, todos os dias.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: A diretora da UBS conciliará com o gestor municipal a possibilidade das parcerias institucionais para realização de atividade física dos idosos na UBS.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: os membros da ESF orientarão os idosos e comunidade para a realização de atividade física regular durante o acompanhamento dos mesmos na UBS e nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a ESF para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: a equipe se capacitará da ESF para todas as ações programáticas, na própria UBS.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: a odontóloga da UBS cada semana, verificará a realização de atividades educativas individuais nos prontuários odontológicos e fichas espelho dos idosos cadastrados na UBS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: a odontóloga da UBS organizará tempo médio nas consultas odontológicas para garantir orientações em nível individual dos idosos cadastrados, todos os dias.

Engajamento público

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A ESF realizará reuniões com comunidade e familiares dos idosos para orientar lhes sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: a equipe se capacitará para realizar todas as ações programáticas, na própria UBS.

### 2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo um Aumentar a cobertura de atenção à saúde dos idosos da área adstrita UBS será estabelecida a seguinte meta e indicador:

Meta 1.1: Garantir 60% dos idosos cadastrados no programa do SUS para Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa em nossa UBS será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo dois Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos cadastrados na UBS serão estabelecidas as seguintes metas e indicadores:

Meta 2.1: Realizar AMR de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como proposta de avaliação do Ministério de Saúde será estabelecida o seguinte indicador:

Indicador 2.1 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida de sensibilidade a cada três meses será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.3 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.4 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.5 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.7 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para Diabetes Mellitus (DM) será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.9 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo três Melhorar os registros dos idosos cadastrados na UBS serão estabelecidas as seguintes metas e indicadores:

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas será estabelecido o seguinte indicador

Indicador 3.1 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Meta 4.1: Manter o registro específico de 100% das pessoas idosas será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 4.1 Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrado será estabelecido o seguinte indicador

Indicador 4.2 Proporção de idosos com Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo cinco Realizar avaliação de risco em todos os idosos da área de abrangência da unidade, serão estabelecidas as seguintes metas e indicadores:

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas para risco de morbimortalidade será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 5.1 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas será estabelecido o seguinte indicador

Indicador 5.2 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo seis: Realizar ações de promoção da saúde nos idosos da UBS serão estabelecidas as seguintes metas:

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 6.1 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 6.2 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo à meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados será estabelecido o seguinte indicador:

Indicador 6.3 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal na primeira consulta programática de odontologia.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde.

### **2.3.3 Logística**

Nosso projeto de intervenção adotará o Protocolo do SUS no Caderno de Atenção Básica número 19 sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, série A, Normas e Manuais Técnicos (BRASIL, 2010).

O acolhimento dos idosos para sua participação deste programa e cumprimento das ações programáticas será feito pelas técnicas de enfermagem nos turnos de trabalho de manhã e de tarde, todos os dias da semana, na recepção da UBS, onde será feita medida da pressão arterial, peso, altura, temperatura. Serão preenchidos estes dados nos prontuários e fichas espelhos, e serão encaminhados aos diferentes serviços da unidade.

O encaminhamento dos idosos será realizado pela técnica de enfermagem, tendo em conta se são portadores de hipertensão e/ou diabetes, se precisam de avaliação odontológica, se têm feito avaliação da fragilidade e multidimensional rápida e se têm atraso das consultas e/ou exames laboratoriais.

A enfermeira realizará o monitoramento do cadastramento dos idosos efetuados pelos ACS, atualizando as informações do SIAB mensalmente, determinando necessidade de visitas domiciliares aos idosos faltosos ou com atraso das consultas programadas, conciliando com o médico as possíveis estratégias a considerar segundo resultados do trabalho feito por cada um dos membros da ESF da unidade. Para este fim, se reunirão nas quintas-feiras à tarde e avaliarão os dados coletados, disponibilidade de equipamento e recursos na UBS. Referente ao registro específico, em minha Unidade Básica de Saúde ainda não temos ficha espelho para a ação programática que vamos intervir, por enquanto, pretendemos registrar as informações e dados numa ficha que contenha idade, sexo, antecedentes patológicos pessoais, atividade física, hábitos alimentares, assistência à consulta, realização de exames laboratoriais, avaliação multidimensional rápida, avaliação odontológica e avaliação da fragilidade, a mesma será fornecida pelo



curso da especialização, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e o médico localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, dados que serão entregues aos ACS para busca ativa dos faltosos.

Os modelos de ficha espelho para registro dos idosos serão impressos na Secretaria de Saúde Municipal.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de envelhecimento e saúde da pessoa idosa para que toda equipe utilize esta referência na atenção às pessoas idosas (BRASIL, 2006). Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente nas quintas-feiras. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico, referido a suas atribuições e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Faremos contato com a associação de moradores e com representantes da comunidade nos espaços da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do cadastramento e acompanhamento dos idosos, da visita domiciliar aos acamados e/ou com problemas de locomoção, da saúde bucal, do controle da hipertensão e/ou diabetes nesta idade, do controle dos fatores de risco, das vantagens de uma alimentação saudável e da realização de exercícios físicos, assim como, dos benefícios de um adequado cumprimento da periodicidade dos controles na UBS.

Esta atividade será programada pela diretora da UBS, participarão todos os membros da ESF, durante as primeiras semanas da intervenção, para assim lograr apoio comunitário.

Semanalmente a enfermeira e o médico examinarão as fichas-espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais, exame bucal em atraso. O ACS fará busca ativa dos idosos em atraso ou faltosos. Ao fazer a busca já agendará o idoso para um horário de sua

conveniência. Cada semana, as informações coletadas nas fichas serão consolidadas na planilha eletrônica disponibilizada pelo curso.

Todas as ações que serão desenvolvidas na UBS ocuparão os espaços da mesma. A recepção será o espaço para acolhimento, orientação e primeira avaliação; a sala de espera será um dos espaços para desenvolver ações de educação em saúde e promoção de saúde.

As consultas de médico, odontólogo e enfermeira serão os espaços para realizar avaliação multidimensional rápida, exame clínico adequado, exame dos sinais de fragilidade na velhice, exame odontológico, orientações de promoção de saúde, indicação de exames complementares e avaliação dos resultados, avaliação do estado nutricional e abordagem terapêutica.

A Farmácia da unidade será o espaço onde os idosos receberão os medicamentos de Hipertensão e outros que precisar.

A Avaliação Multidimensional Rápida de todos os idosos cadastrados na UBS será realizada nas consultas de enfermeira e do médico, assim como, o exame clínico apropriado dos mesmos, incluindo o exame dos pulsos periféricos e sensibilidade, a indicação dos exames complementares periódicos e o monitoramento da realização destes, também serão realizados em esses espaços e pelos mesmos profissionais.

Em tanto, avaliação de necessidade de tratamento odontológico e o acompanhamento odontológico durante a intervenção serão feitos na consulta de odontologia da própria UBS, pelo odontólogo da equipe, assim como as orientações em saúde bucal.

Todos os membros da equipe serão capacitados para realizar as atividades de promoção e educação em saúde com os idosos, suas famílias e comunidade em geral, tanto dentro da UBS como nos espaços comunitários disponíveis, visando ao cumprimento das ações programáticas e melhoria da qualidade de vida dos idosos da área adstrita na unidade.

Cada semana será preciso organizar agenda de atendimento, ação que será realizada pela enfermeira e o médico da unidade, segundo progressão da intervenção.

Até agora, só temos dificuldades com a disponibilidade de alguns medicamentos, não temos glicosímetro, e isso conspira contra nossos resultados, também não temos computador na unidade.

As escassas possibilidades de transporte numa zona rural geograficamente tão extensa, sobre tudo durante o período das chuvas, também são aspectos negativos a considerar, esperamos toda a colaboração dos gestores municipais na solução destas dificuldades.



[illegible]

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 07 ao calendário estabelecido com a Universidade.

Assim, as ações previstas no projeto foram desenvolvidas em sua totalidade nos três meses da intervenção. Foi fácil a incorporação na rotina da UBS das ações por cada um dos membros da equipe de trabalho, nossos ACS fizeram uma busca ativa dos idosos moradores em nossa área de abrangência para serem acompanhados na Unidade, avaliados clinicamente, orientados, registrados, acolhidos e beneficiados com a implantação do Protocolo do SUS para a atenção das pessoas idosas.

A equipe fez visita domiciliar aos três idosos acamados e com problemas de locomoção em varias ocasiones, aos hipertensos e diabéticos também, todos receberam orientações de educação em saúde sobre hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de exercícios físicos para prevenir o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e as complicações das já existentes, assim como para melhorar a qualidade de vida no envelhecimento.

Foram realizadas AMR, avaliação da rede social, identificação dos sinais de fragilização na velhice, preenchimento das fichas espelho dos idosos cadastrados e acompanhados na Unidade, acolhimento dos idosos no programa e seguimento e avaliação dos exames complementares solicitados, medição da pressão arterial, peso, altura, cálculo do índice de massa corporal para avaliação nutricional, exame clínico completo, primeira consulta programática de odontologia e ofereceram orientações de educação em saúde e promoção de saúde aos usuários. Durante as consultas também fazíamos avaliação de risco cardiovascular, investigação dos

principais indicadores de fragilidade da velhice, atualização dos exames complementares, promoção à saúde, exame físico completo, preenchimento dos registros específicos e entrega da Caderneta de Saúde da Idosa. A vacinação das pessoas idosas foi outra das ações desenvolvidas pela equipe durante a intervenção.

As capacitações foram feitas nos dias da semana de forma efetiva e chegasse até todos os profissionais da unidade de saúde que ficam mais distantes da UBS, conseguindo assim maior interesse e participação da equipe aprimorando assim a sua qualificação profissional.

O serviço ficou organizado para a realização das ações sem afetar o atendimento da demanda espontânea e sem sobrecarregar o trabalho da equipe nem da enfermeira da UBS, as técnicas de enfermagem e restante dos profissionais da saúde, a população foi muito receptiva e a agradecemos por isso.

As ações de engajamento público estiveram destinadas aos idosos de nossa área de abrangência e à população em geral, visando à promoção e educação em saúde de nossos usuários nas vantagens do cumprimento das ações protocolizadas na Unidade para melhoria da qualidade de vida da população idosa e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis mediante o controle dos fatores de riscos modificáveis como sedentarismo, obesidade, hábito de fumar, hiperlipidemias. A saúde bucal também formou parte dos temas de engajamento.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

A maior dificuldade na realização das ações foi instabilidade de odontólogo na equipe de saúde da família, só solucionada nas últimas cinco semanas da intervenção, motivo pelo qual não conseguimos alcançar a meta proposta de 100% das primeiras consultas programáticas de odontologia feitas nos idosos cadastrados na Unidade nem as orientações em saúde bucal dos mesmos, incluindo higiene e cuidados das próteses dentárias, ações pertencentes às atribuições do cirurgião dentista da equipe da ESF.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo de indicadores, não tivemos dificuldades, os indicadores foram gerados sem dificuldades, permitindo-nos a avaliação semanal e organização do serviço para o cumprimento das metas propostas.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A maioria das ações propostas na parte da análise estratégica, em que o projeto de intervenção foi elaborado, foi desenvolvida na intervenção. Isso mostra a viabilidade quanto à incorporação das mesmas ao serviço, de forma a prolongar e ampliar os benefícios conquistados.

O modelo de ficha espelho para o registro específico das pessoas idosas, coletar dados e monitorar indicadores foi estabelecida sem dificuldade na rotina do serviço na UBS. As ações programáticas são desenvolvidas com fluidez e diariamente, assim a Unidade agora conta com um protocolo que estrutura o trabalho nessa área específica da APS.

Assim, acredito que a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço aconteceu de forma satisfatória, apesar de que sempre devemos monitorar seu cumprimento pelos membros da ESF, o interesse na capacitação continua de cada membro da equipe é muito importante. A organização do serviço cada dia e cada semana visando o cumprimento das ações programáticas dos programas do SUS na UBS é algo a buscar sempre.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Chegamos à parte da análise dos resultados, obtidos após as doze semanas que corresponderam à implementação do programa de Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde.

Devemos destacar que segundo o CAP a cobertura estimada de idosos em nossa área é de 93 idosos, porém, nos registros de cada família e indivíduos dos ACS estavam registrados 120 pessoas idosas, por enquanto decidimos usar esse número de 120 idosos conhecidos como denominador para gerar os indicadores em nossa intervenção.

De acordo com os indicadores formulados pelas Planilhas de Coleta de Dados, calculados a partir dos dados coletados das fichas espelho disponibilizadas, e em comparação com os objetivos e metas anteriormente traçados no Projeto de Intervenção, obtivemos as seguintes conclusões do ponto de vista qualitativo e quantitativo:

Objetivo 01: Aumentar a cobertura de atenção à saúde dos idosos da área adstrita na Unidade Básica de Saúde (UBS)

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%;

INDICADOR 01: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Sem dúvidas conseguimos esse aumento após as doze semanas de intervenção, até porque é uma ação programática que não existia na unidade.

A meta de cobertura proposta foi de 60% dos 120 idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa adotado pela Unidade Básica de Saúde. No primeiro mês atingimos apenas 33 idosos (27,5%), no segundo mês a equipe

conseguiu atingir 71 idosos (59,2%) e ao terceiro mês atingimos 94 idosos para obter 78,3% de cobertura, resultado esse que ficamos muito satisfeitos. A busca ativa dos idosos e as ações contribuíram para a divulgação dos benefícios do protocolo adotado e foram estratégias importantes para esse resultado. Ou seja, de 120 pessoas idosas conhecidas em nossa área adstrita, atingimos 94 idosos nos três meses da intervenção (Figura 1).

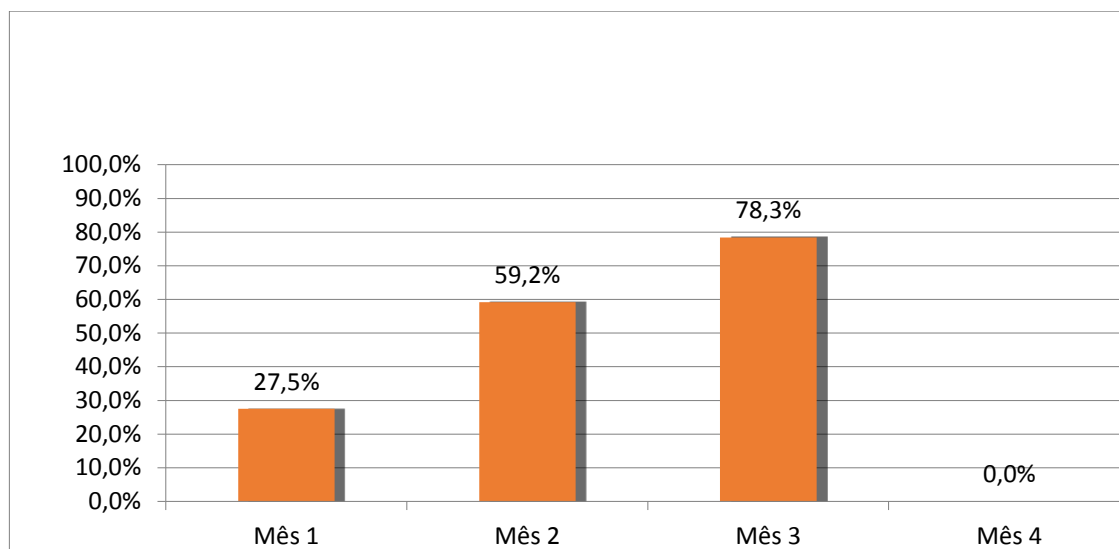


Figura 1: Gráfico representativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS

**Objetivo 02:** Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos cadastrados na UBS

**Meta 2.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde;

**INDICADOR 2.1:** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

O segundo objetivo de nossa intervenção foi no âmbito de melhorar a qualidade da atenção às pessoas idosas pertencentes a nossa área de abrangência.

Dessa forma, a proposta da meta para a realização da Avaliação Multidimensional Rápida nas pessoas idosas foi de 100% e a mesma foi cumprida a cada mês da intervenção, foi feita pela médica aos 94 idosos cadastrados, sendo avaliados 33 idosos (100%) no primeiro mês, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês, houve capacitação na realização da mesma. Destaque para a capacitação feita pela ESF que permitiu a realização do resto das ações para divulgar nos idosos a importância da realização da AMR, o fornecimento

dos materiais necessários e planejamento do tempo nas consultas para cumprir esta meta.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos;

INDICADOR 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Também atingimos a meta de 100% de idosos com exame clínico apropriado em dia, meta que cumprimos mês por mês, pois os 94 idosos (100%) que foram acompanhados na UBS foram examinados clinicamente de maneira apropriada pela Médica e pela enfermeira da equipe, 33 idosos (100%) no primeiro mês, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês. A realização do exame clínico completo incluindo exame dos pulsos dos pés e a capacitação das ações que permitiram cumprir a meta.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

INDICADOR 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Na consecução desse objetivo era imprescindível a avaliação clínica dos idosos que adoecem de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, por serem essas doenças crônicas não transmissíveis as mais frequentes na idade geriátrica.

Buscamos aumentar a proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia para 100%, meta que conseguimos cumprir a cada mês. Tanto a enfermeira como a médica da equipe solicitaram os exames protocolizados para avaliar controle dessas doenças aos 17 idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no primeiro mês (100%), 44 no segundo mês (100%) e 61 no terceiro mês (100%), e a médica avaliou os resultados.

Apesar de que nossa área de abrangência fica distante da cidade onde são feitos os exames complementares, conseguimos a realização dos mesmos, com o apoio da Secretaria de Saúde do Município no processo de marcar data dos exames no Hospital Municipal, ação feita pela diretora da UBS e pelas técnicas de enfermagem.

META 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos idosos cadastrados no programa.

INDICADOR 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada para 100% dos idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi outra das metas propostas e conseguimos atingir sem esforço algum, pois essa é uma atividade que já fazia parte da rotina da UBS já faz muito tempo, conseguindo a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular das 94 pessoas idosas cadastradas e acompanhadas na UBS, sendo no primeiro mês 33 idosos (100%), no segundo mês 71 idosos (100%) e no terceiro mês 94 idosos (100%). A técnica de enfermagem que trabalha na Farmácia Popular na Unidade, a equipe de trabalho da saúde da família, a diretora da unidade e demais trabalhadores, todos participaram nesta ação com grande profissionalismo.

Realizamos o contato frequente da diretora da UBS com os gestores municipais para assegurar o fornecimento adequado dos recursos necessários na Farmácia Popular da Unidade. Foi uma das ações que mais influenciou no cumprimento dessa meta.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

INDICADOR 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Também foi nossa meta cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e apesar de ter um estimado populacional muito maior, conseguimos cadastrar as quatro (100%) das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção em nossa área de abrangência. Os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe fizeram um trabalho excelente na busca e registro dos mesmos, nas visitas domiciliares e acompanhamento dos mesmos, no primeiro mês cadastramos um idoso (100%) acamado, no segundo mês cadastramos quatro idosos (100%) acamados ou com problemas de locomoção e quatro idosos no terceiro mês. A realização das visitas domiciliares e a busca ativa feita pelos ACS foram as ações principais para cumprir essa meta.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

INDICADOR 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

De igual forma, a visita domiciliar dos quatro idosos (100%) acamados ou com problemas de locomoção foi cumprida nos três meses sem dificuldade, apesar das chuvas, dos problemas de deslocamento numa área tão extensa e difícil, com a participação de todos os membros da equipe de saúde da família e os ACS, no primeiro mês visitou-se um idoso (100%), no segundo mês quatro idosos (100%) e no terceiro mês quatro idosos (100%).

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

INDICADOR 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Para rastrear 100% dos idosos para HAS, realizamos a verificação da pressão arterial aos 94 idosos (100%) nas Unidades de Saúde onde a equipe desenvolve seu trabalho, assim conseguimos cumprir essa meta todos os meses, medindo a pressão arterial de 33 idosos no primeiro mês (100%), 71 idosos no segundo mês (100%) e 94 idosos no terceiro mês (100%). As técnicas de enfermagem foram fundamentais na consecução desta meta, assim como a enfermeira da equipe. A capacitação e a verificação da qualidade do equipamento de medição foram ações de muita importância para cumprir essa meta garantindo qualidade no atendimento.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

INDICADOR 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Igualmente foram as ações para rastrear 100% dos idosos com para DM. As técnicas de enfermagem, as enfermeiras e a médica foram importantes na medida da pressão arterial com técnica correta toda vez que acompanhávamos as 60 (100%) pessoas idosas hipertensas nas Unidades de Saúde, nas visitas domiciliares, escolas, dessa forma foram feitas medições da pressão arterial nos idosos hipertensos avaliados, 17 idosos hipertensos (100%) no primeiro mês, 44

idosos hipertensos (100%) no segundo mês e resultando em 60 idosos hipertensos (100%) avaliados no terceiro mês.

O treinamento continuado das técnicas de enfermagem na medida correta de pressão arterial foi o elemento fundamental desse sucesso, assim como, o monitoramento do adequado funcionamento do equipamento necessário feito pela diretora da UBS e a enfermeira da ESF.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

INDICADOR 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos, outra de nossas metas, as enfermeiras e a médica da equipe ao acompanhar os idosos avaliaram também a necessidade de atendimento odontológico de cada um deles, conseguindo assim atingir 94 (100%) deles, 33 idosos (100%) no primeiro mês, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

INDICADOR 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Porém, para atingir a meta de realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos era preciso a presença do odontólogo da equipe, situação que não conseguimos controlar, apenas nas últimas semanas da intervenção nosso odontólogo voltou a fazer parte da equipe e fazer seu trabalho de maneira estável. Esse problema afetou muito o cumprimento dessa meta durante a intervenção, não conseguimos cumprir em nenhum mês, atingindo 17 idosos (51,5%) no primeiro mês, no segundo mês 29 idosos (40,8%) e no terceiro mês 52 idosos (55,3%) (Figura 2). Para tal devemos organizar agenda do odontólogo da equipe para atingir a meta proposta durante a rotina da Unidade de Saúde.

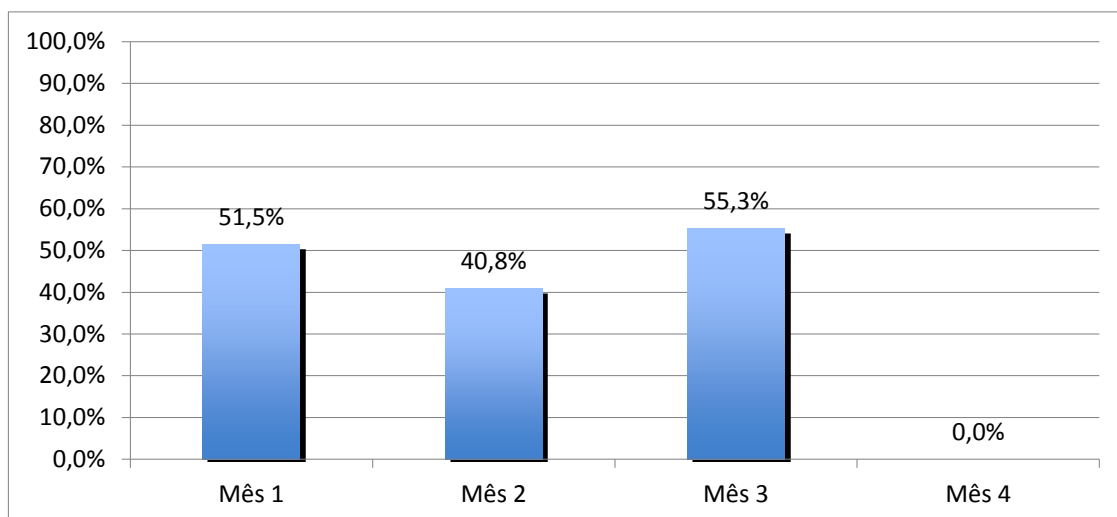


Figura 2: Gráfico representativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Objetivo 03:** Melhorar adesão dos idosos à atenção da saúde na UBS

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**INDICADOR 3.1:** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Melhorar adesão dos idosos à atenção da saúde na UBS foi nosso terceiro objetivo, estabelecendo a meta de buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, meta que conseguimos cumprir apesar das dificuldades de transporte que às vezes têm nossos usuários para deslocar-se até as Unidades de Saúde da área. Os ACS tiveram uma importância maior no cumprimento desta meta mediante a busca ativa dos mesmos, pois no primeiro mês buscaram três idosos faltosos (100%), no segundo mês buscaram oito idosos faltosos (100%) e no terceiro mês buscaram 11 idosos faltosos às consultas (100%).

**Objetivo 04:** Melhorar os registros dos idosos cadastrados na UBS

**Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**INDICADOR 4.1:** Proporção de idosos com registro na “ficha-espelho” em dia.

O quarto objetivo de nossa intervenção foi melhorar os registros dos idosos cadastrados na UBS.

Para atingir esse objetivo nós estabelecemos a meta de manter o registro específico dos 100% dos idosos cadastrados na Unidade, meta que conseguimos

cumprir mediante o preenchimento da ficha espelho fornecida pela UFPEL, as fichas espelho foram preenchidas pela médica da ESF aos 33 idosos (100%) cadastrados e acompanhados na UBS no primeiro mês, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

INDICADOR 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A outra meta estabelecida foi distribuir a caderneta da pessoa idosa aos 100% de idosos cadastrados na UBS, meta que cumprimos aos 100% todo mês durante a intervenção, sendo os ACS os principais facilitadores desta atividade na comunidade, pois eles distribuíram e preencheram a caderneta dos 94 idosos acompanhados nas Unidades de Saúde (100%). Apesar de que todos os membros da ESF receberam capacitação para preencher as cadernetas, foram os ACS os executores dessa ação.

Objetivo 05: Realizar avaliação de risco em todos os idosos da área de abrangência da unidade

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

INDICADOR 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

O objetivo número cinco da intervenção foi realizar avaliação de risco em todos os idosos da área de abrangência da Unidade e para atingir o mesmo estabelecemos meta de rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade segundo o escore de Framingham, meta que conseguimos cumprir em todos os meses da intervenção, apesar de que todos os membros da equipe foram capacitados nesse tema, a avaliação foi feita pela médica da equipe durante o acompanhamento dos idosos, assim foram avaliados 33 idosos (100%) no primeiro mês, no segundo mês 71 idosos (100%) e no terceiro mês 94 idosos (100%).

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;



INDICADOR 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

A seguinte meta para atingir nosso objetivo foi rastrear a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, meta que também conseguimos cumprir em todos os meses da intervenção aos 100% dos idosos durante os acompanhamentos feitos pela médica e pela enfermeira da equipe, após capacitação adequada foi realizada a identificação dos sinais de fragilização na velhice em 33 idosos (100%) no primeiro mês, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos cadastrados;

INDICADOR 5.3: Proporção de idosos cadastrados com avaliação da rede social em dia

Por último, estabelecemos também meta para avaliar a rede social de 100% dos idosos a qual cumprimos 100% cada mês sendo os ACS, a enfermeira da equipe e a médica as principais profissionais a desenvolver esta ação durante as visitas domiciliares e acompanhamento dos usuários. Assim, conseguimos avaliar a rede social de 33 idosos (100%) no primeiro mês da intervenção, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês.

A capacitação dos membros da equipe, com ênfases nos ACS sobre a realização das visitas domiciliares, acompanhamento médico e de enfermagem dos idosos, foram algumas das ações que aprimoraram a consecução dessa meta. Considerando que a rede social dos idosos pode determinar o sucesso ou fracasso duma abordagem terapêutica, também na identificação da violência doméstica, consideramos muito importante cumprir a mesma.

Objetivo 06: Realizar ações de promoção da saúde nos idosos da UBS

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Nosso objetivo final, mas não menos importante foi realizar ações de promoção da saúde nos idosos da UBS visando à importância de promover estilos de vida mais saudáveis para aumentar a qualidade de vida na velhice.

Assim, foram estabelecidas várias metas como garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, meta que cumprimos cada mês a 100% mediante o trabalho das técnicas de enfermagem, enfermeira, médica e ACS da equipe durante a permanência dos idosos na recepção, o acolhimento nos serviços da UBS e durante os acompanhamentos médicos e de enfermagem. Dessa forma conseguimos oferecer orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 33 idosos (100%) no primeiro mês, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

INDICADOR 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Foi estabelecida também a meta para garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos, orientação que oferecemos aos 94 (100%) dos idosos cadastrados em nossa UBS, cada mês durante seu acolhimento e acompanhamento pelos serviços na unidade, com participação de todos os membros da equipe conseguimos orientar 33 idosos (100%) no primeiro mês, 71 idosos (100%) no segundo mês e 94 idosos (100%) no terceiro mês.

A equipe foi capacitada para oferecer orientação atualizada e cientificamente correta com linguagem adequada para as pessoas idosas, seguindo o protocolo do SUS para atenção das pessoas idosas e envelhecimento durante o tempo de espera na recepção, nas visitas domiciliares, durante a permanência dos idosos nos diferentes serviços da UBS, durante os acompanhamentos médicos e de enfermagem, para garantir o cumprimento dessa ação tão importante.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

INDICADOR 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

A última meta de nossa intervenção foi garantir orientações sobre higiene bucal incluindo higiene de próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados na Unidade e só poderia ser feita na primeira consulta programática de odontologia do idoso pelo cirurgião dentista da equipe, por enquanto seu cumprimento está muito relacionado com a realização da primeira consulta antes mencionada que não

conseguimos cumprir nos três meses. Assim, receberam orientações sobre higiene bucal e cuidados das próteses dentárias na primeira consulta programática de odontologia 17 idosos (51,5%) no primeiro mês, 29 idosos (40,8%) no segundo mês e 52 idosos (55,3%) no terceiro mês da intervenção (Figura 3). Esperamos contar com estabilidade da presença do odontólogo para conseguir cumprir esta meta durante a rotina da Unidade de Saúde.

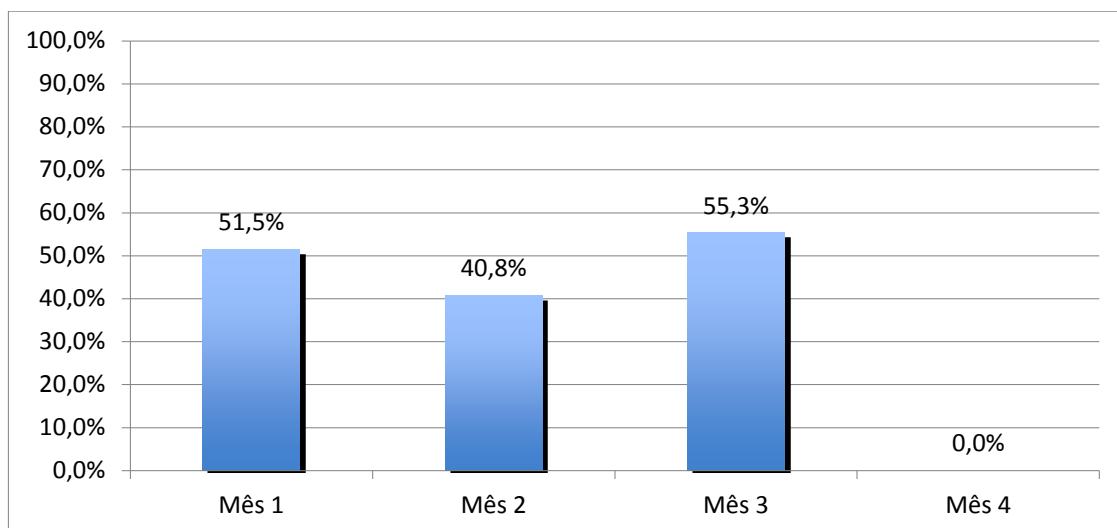


Figura 3: Gráfico representativo da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

## 4.2 Discussão

A intervenção, em minha Unidade Básica de Saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas idosas, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a realização da AMR, a classificação do risco de morbimortalidade segundo aplicação do escore de Framingham e rastreamento para HAS e DM nos idosos.

A grande maioria dos resultados obtidos reflete as significativas melhorias trazidas pela intervenção, tanto para a comunidade quanto para o serviço e os próprios profissionais de saúde.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao acolhimento, acompanhamento, registro,

técnicas e procedimentos da medida da pressão arterial, mensuração, glucoteste e outras ações previstas no protocolo de atenção ao idoso adotada nas Unidades de Saúde de atuação da equipe. Assim, foi amplamente beneficiada com a intervenção, especialmente no que se refere à qualificação da prática clínica, a partir das capacitações e padronização de condutas baseadas nos principais protocolos do MS acerca do tema.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das técnicas de enfermagem, a recepção, a diretora da UBS e dos agentes comunitários de saúde.

Quanto às melhorias trazidas para o serviço, à implantação dessa ação programática específica para os idosos da área, até então inexistente na unidade, assim como a utilização de registros específicos (Fichas-Espelho Saúde do Idoso e Saúde Bucal do Idoso, Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa) trouxeram uma maior capacidade de organização e gestão do atendimento prestado aos usuários dessa faixa etária.

Foram definidas como atribuições dos ACS cadastrar todos os idosos de suas microáreas e manter atualizado, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde com protocolo do SUS para atenção dos idosos adotada, avaliar a rede social dos idosos, acompanhar por meio de visita domiciliar todos os idosos acamados e/ou com problemas de locomoção, desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. Assim como, realizar busca ativa dos idosos faltosos às consultas de seguimento.

As atribuições da enfermeira incluem planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, as técnicas de enfermagem e a recepção, realizar atividades de educação permanente da equipe e participar, de conjunto com a diretora da Unidade, do gerenciamento dos insumos necessários para o cumprimento das ações programáticas. Além disso, realizar acompanhamento dos idosos, exame clínico adequado, identificar sinais de fragilização na velhice, solicitar os exames complementares e realizar assistência domiciliar.

Por enquanto a médica tem como atribuições, realizar durante o acompanhamento dos idosos, AMR, avaliar o risco de morbimortalidade, exame físico completo, avaliação nutricional, avaliação dos resultados dos exames complementares solicitados, encaminhar às especialidades aos que precisaram e

oferecer orientações de promoção em saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, prescrever medicamentos da farmácia Popular aos idosos, realizar assistência domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e preencher as fichas espelho dos idosos acompanhados.

Também foram definidas as atribuições do odontólogo para realizar a primeira consulta programática de odontologia dos idosos cadastrados na UBS e oferecer, durante a mesma, orientações sobre saúde bucal e higiene e cuidado das próteses dentárias.

As técnicas de enfermagem têm como atribuições realizar atividades de promoção em saúde e prevenção de enfermidades cada dia na recepção, fazer acolhimento e triagem dos idosos, acompanhar os mesmos durante sua permanência nos diferentes serviços da UBS e monitorar o uso da Farmácia Popular pelos idosos da área de abrangência.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos não eram desenvolvidas com a qualidade protocolizada pelo MS. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas idosas, melhorando significativamente a atenção aos usuários da UBS. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A classificação de risco das pessoas idosas, assim como, a identificação dos sinais de fragilização na velhice e a presença ou não da rede social, têm sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, necessitando focarmos no fortalecimento do engajamento público. As pessoas idosas demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, eles ficam assombrados com a quantidade de perguntas e exames, testes de visão e audição e as orientações oferecidas durante os acompanhamentos. Porém algumas pessoas da comunidade acreditam a prioridade seja devida a política nacional de humanização e não à adoção de um protocolo do SUS na UBS.

Eu não faria nada diferente se fosse realizar a intervenção nesse momento.

Ao final dos três meses de intervenção, percebo que a equipe está mais integrada que antes e, como a intervenção foi incorporada à rotina do serviço, teremos condições no futuro de superar algumas das dificuldades encontradas.

Para incorporar a intervenção à rotina do serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco, devido à adoção do Protocolo do SUS na UBS. Notamos que não conseguimos cumprir o indicador da realização da primeira consulta programática de odontologia dos idosos.

A partir das próximas semanas, pretendemos investir na ampliação de cobertura das pessoas idosas. E esse projeto servirá como exemplo para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa UBS

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Caros gestores,

Em nossa UBS, adotamos o Protocolo de Atenção à Saúde das Pessoas Idosas e Envelhecimento do MS e para isso ser feito, realizamos uma intervenção durante 12 semanas. A intervenção, na UBS Manoel De Souza Pereira, propiciou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas idosas, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção.

Conseguimos atingir 78,3% (94 pessoas) de cobertura dos idosos de nossa área de abrangência, assim como 100% da maioria das ações de qualidade previstas, como: avaliação multidimensional rápida, exame clínico adequado, identificação dos sinais de fragilidade na velhice, avaliação da rede social, risco de

morbimortalidade e outras. Tendo em conta que antes da intervenção só acompanhávamos na UBS 49 idosos (41%).

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao acolhimento, acompanhamento, registro, técnicas e procedimentos da medida da pressão arterial, mensuração e outras ações previstas no protocolo de atenção ao idoso adotada nas Unidades de Saúde de atuação da equipe.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das técnicas de enfermagem, a recepção, a diretora da UBS e dos agentes comunitários de saúde.

A realização das ações programáticas aumentou o tempo das consultas médicas e de enfermagem, assim como a qualificação das mesmas ao incluir:

- Avaliação Multidimensional Rápida que inclui avaliação da visão, audição, mobilidade dos membros, estado anímico, histórico de quedas, atividade sexual, incontinência, cognição, memória, rede social.
- Determinação do risco de morbimortalidade segundo escore de Framingham: idade, cifras de pressão arterial, cifras de creatinina e colesterol.
- Avaliação da existência de rede social do idoso.
- Rastreamento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e solicitação de exames complementares que precisaram.
- Identificação dos sinais de fragilização na velhice.
- Oferecer orientações nutricionais para hábitos saudáveis e sobre prática regular de atividade física.
- Avaliação nutricional (peso e altura).

A realização da primeira consulta programática de odontologia e as orientações de saúde bucal individual aos idosos, foram as únicas ações de qualidade do serviço que não conseguimos atingir aos 100% dos idosos avaliados durante a intervenção, devido à instabilidade do cirurgião dentista na UBS, ações que continuarão até conseguir cumprir a meta.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos idosos não eram desenvolvidas com a qualidade protocolizada pelo MS. Com a intervenção foi possível revermos as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas idosas, melhorando significativamente a atenção aos usuários

da UBS. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a organização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

Agradecemos-lhe aos gestores municipais sua ajuda no agendamento dos exames complementares solicitados para nossos idosos no Hospital Municipal, assim como sua compreensão no fornecimento dos recursos necessários durante a intervenção (medicamentos, xeros das fichas espelho, receituários).

Também esperamos sua ajuda na consecução das metas posteriores, pois incorporamos a intervenção à rotina do serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco. E pretendemos usar esse projeto como exemplo para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa UBS.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Caros usuários,

Venho por meio deste, informar que adotamos o Protocolo de Atenção à Saúde das Pessoas Idosas e Envelhecimento do SUS em nossa UBS mediante uma intervenção. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas moradoras em nossa área de abrangência, foi planejada para ser feita em 16 semanas, mas fizemos avaliação em 12 semanas, porém continuamos a mesma na rotina de nossa unidade de saúde.



A intervenção feita em nossa UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde das pessoas idosas, conseguimos atingir 94 idosos de 120 conhecidos (78,3%), além da melhoria dos registros e a qualificação da atenção.

Merece destaque a realização da Avaliação Multidimensional Rápida, a classificação do risco de morbimortalidade, o rastreamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e a avaliação da existência de rede social do idoso, ações realizadas durante os acompanhamentos médicos na Unidade e nas visitas domiciliares que permitiram uma avaliação integral do idoso, identificamos necessidades importantes e buscamos supri-las com nossas orientações de cuidados em um processo de educação permanente tanto do idoso, cuidador e família.

As ações programáticas incluíram avaliação visual, auditiva, das funções dos membros, exame clínico completo, histórico de quedas, medição da pressão arterial, peso e altura, valores de colesterol e creatinina no sangue e o tempo das consultas médicas e de enfermagem aumentou contribuindo para a melhoria da qualidade dos atendimentos.

Os idosos mostraram-se satisfeitos com a qualidade dos atendimentos, surpreendidos pelas muitas perguntas feitas e o exame clínico adequado. Ainda assim queremos agradecer a compreensão mostrada para com esse fato.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS, relativas ao acolhimento, acompanhamento, registro, técnicas e procedimentos e outras ações previstas no protocolo de atenção ao idoso adotada pela UBS.

Agradecemos profundamente a disciplina mostrada pelos usuários da UBS durante a intervenção, permitindo-nos cumprir o tempo planejado para a realização das ações programáticas, sua participação nas palestras oferecidas pelos membros da equipe, técnicas de enfermagens e ACS e sua compreensão ante a demora do atendimento em determinados momentos.

As pessoas idosas demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, eles ficam assombrados com a quantidade de perguntas e exames, testes de visão e audição e as orientações oferecidas durante os acompanhamentos.

Porém, algumas pessoas da comunidade acreditam a prioridade seja devida a política nacional de humanização e não à adoção de protocolo do SUS na UBS,

por isso estamos reforçando a importância desse trabalho realizado pela equipe de saúde de nossa UBS.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos não eram desenvolvidas com a qualidade prevista pelo MS, a intervenção reviu as atribuições da equipe visando à atenção a um maior número de pessoas idosas e melhorando significativamente a atenção aos usuários da UBS.

Agora pretendemos continuar a realização das ações feitas durante a intervenção, esta vez incorporada a nossa rotina de trabalho na Unidade e estender esse modelo a outros eixos de atenção à saúde

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

No início do curso eu tinha muitas dúvidas sobre o desenvolvimento do mesmo, considerando meu deficiente conhecimento do idioma português brasileiro, as dificuldades objetivas de conectividade a Internet no município e estado de Amapá em geral e a percepção errada dos gestores de saúde com as características de nossa bolsa de estudo e/ou contrato neste país.

À medida que foi transcorrendo o curso, a gente foi ampliando os conhecimentos sobre as peculiaridades da APS no município, contratamos um serviço de Internet (Web Flash) em nossas moradias e aumentamos o estudo do idioma para poder enfrentar a realização das tarefas.

O curso nos permitiu melhorar nossa qualificação no trabalho da Medicina Familiar, o conhecimento dos Protocolos do SUS para APS, a qualificação da prática clínica mediante o estudo continuado dos temas mais frequentes na atividade diária. Permitiu-nos também esclarecer a nossos gestores as características do trabalho para qual havíamos sido contratados.

Os aprendizados mais relevantes considero que são o estudo, a reflexão crítica do processo de trabalho através da atuação prática, o estudo da estrutura física de minha UBS, o caderno de ações programáticas, os casos clínicos e os estudos da prática clínica, assim como a intervenção feita para adotar o protocolo do SUS na rotina de trabalho em minha UBS. A busca de soluções através das limitações encontradas no cotidiano do trabalho, o curso fomentou ainda a busca de conhecimento tanto para a construção dos trabalhos e projetos, como para a atuação na prática junto à comunidade.

Esses aprendizados permitiram o empoderamento dos conhecimentos mais profundos e facilitaram o desenvolvimento do trabalho de minha equipe de ESF durante a intervenção, aumentando a qualificação da prática clínica na UBS.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 12 fev 2015.
- BRASIL. Universidade Federal de Pelotas. **Planilha de Objetivos, Metas e Indicadores para Saúde da Pessoa Idosa**. UFPel, 2014.

## **Apêndices**

**Apêndice A - Imagens das ações desenvolvidas na intervenção.**



Figura 4: Fotografia idosa no acompanhamento médico.



Figura 5: Fotografia casal de idosos durante visita domiciliar



Figura 6: Fotografia de parte da equipe da ESF.



## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

[illegible][illegible]

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante